

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Construire un parcours de santé pour les personnes âgées

DÉCEMBRE 2013

Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

- ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,
- DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,
- METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Marie-Dominique LUSSIER,
marie-dominique.lussier@anap.fr

Claire MUSIOL
claire.musiol@anap.fr

Émilie DUCHANGE
emilie.duchange@anap.fr

Résumé

Cette publication vise à présenter les grandes étapes de construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées. Rédigée pour les Agences régionales de santé (ARS), organisatrices et pilotes des actions de santé sur les territoires, elle s'adresse également à tous les acteurs de terrain qu'ils soient principalement acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. La constitution d'un parcours de santé nécessite en effet d'impliquer dans une même démarche les professionnels et l'ARS.

Issu des retours d'expérience des accompagnements que l'ANAP a effectués auprès des ARS Pays de la Loire et Île-de-France depuis 2011, ce document est constitué de fiches thématiques. Chacune des six fiches constitue l'une des étapes de la construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées et est composée de deux parties : d'une part le cadre conceptuel, rappelant les définitions et références liées à la thématique présentée, d'autre part les enseignements et illustrations. Ces fiches synthétiques ont donc pour ambition de répondre aux questions pratiques auxquelles sont confrontés les acteurs concernés et de les aider à appréhender aussi bien les principes que l'outillage opérationnel.

Mots-clés : Parcours de santé, personnes âgées, diagnostic territorial, feuille de route, contractualisation, évaluation, animation territoriale, territoire

Abstract

This publication aims to describe the main stages in devising care pathways for the elderly. It has been written for the regional health agencies (ARS), which organise and coordinate healthcare in their catchment areas, but is also intended for all those involved on the ground, be they primarily healthcare, social care or social services professionals: building a care pathway requires continuity of thinking between professionals and the ARS.

This document is the result of feedback from ANAP's work with the Pays de la Loire and Île-de-France regional agencies since 2011 and consists of subject sections. Each of the six sections describes one of the stages in building a care pathway for elderly people and has two parts. The first deals with the conceptual framework and goes over the definitions and references associated with the subject in question. The second presents the learning elements and illustrations. These subject cards aim to address the practical issues faced by the professionals concerned and to give them an understanding of both the principles and the practical tools.

Keywords: *Care pathway, elderly, catchment area assessment, road map, contracts, evaluation, area coordination, catchment area*

Sommaire

Sommaire

Introduction

Un cadre structurant

En réponse aux problématiques actuelles et dans la lignée de travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), et de la Cour des comptes, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) travaille depuis 2010 sur le sujet des parcours de santé des personnes âgées. Une méthodologie particulière a été développée en ce sens et mise en œuvre sur deux territoires.

Trois publications à forte visibilité ont renforcé ce choix : d'une part les travaux de la DREES sur « l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2020, 2030, 2050 » et d'autre part les rapports du HCAAM « Vieillissement, Longévité et Assurance maladie » en 2010 et « Assurance maladie et Perte d'autonomie » en 2011.

Les publications produites par ces institutions rappellent que la population âgée est la première population touchée par la transition épidémiologique et présente la particularité de cumuler la polypathologie à la chronicité.

Au niveau financier, le HCAAM constate que si la dépense individuelle moyenne augmente avec l'âge, les causes ne sont pas épidémiologiques mais en lien avec des inadaptations structurelles fortes nécessitant de repenser l'organisation du système. Ces inadéquations dépendent en grande partie des insuffisances de coordination, de travail interdisciplinaire et de transversalité aggravées par des modalités de tarification et /ou d'incitatifs financiers inadaptés.

La Stratégie nationale de santé

C'est la raison pour laquelle la Stratégie nationale de santé conforte la nécessité de mettre en œuvre une médecine de « parcours » c'est-à-dire non plus une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants mais une médecine – entendue plus largement que les actes des seuls médecins – dont l'objectif est d'atteindre, par une participation plus active des personnes soignées et une pratique plus coopérative entre professionnels, une qualité d'ensemble et dans la durée de la prise en charge soignante.

La Stratégie nationale de santé consolide le parcours de santé à travers ses trois axes prioritaires : la prévention, l'organisation des soins autour des patients, la démocratie sanitaire et la déconcentration.

C'est dans ce contexte que l'ANAP a accompagné des territoires au développement du parcours de santé et travaille actuellement à l'accompagnement des expérimentations Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA, article 48 de la LFSS 2013). Cet accompagnement terrain se fait avec la volonté de faire coopérer tous les champs auxquels fait appel la population âgée, c'est-à-dire aussi bien le social, le médico-social que le sanitaire hospitalier et ambulatoire.

D'abord menée pour les personnes âgées, cette démarche a vocation à se déployer sur l'ensemble des populations du système de santé global telles que la population mères-enfants, les personnes handicapées, les jeunes, etc.

La population âgée concentre actuellement nos efforts de par les enjeux qu'elle cristallise. Concernée par l'ensemble du système de santé, cette population permet de modéliser les actions à mener.

Introduction

La publication – mode d'emploi

L'ANAP a accompagné les ARS Pays de Loire et Île-de-France dans la construction de projets de parcours de santé des personnes âgées depuis 2011. Les enseignements présentés dans cette publication sont issus de cette expérience terrain. Cette publication est avant tout destinée aux ARS qui ont un rôle d'organisateur et de pilote sur les territoires. Elle s'adresse également à tous les acteurs de terrain qu'ils soient principalement acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. La constitution d'un parcours de santé nécessite en effet d'impliquer dans une même démarche les professionnels et l'ARS.

L'ANAP met donc à disposition de l'ensemble des ARS et des acteurs de terrain, les retours d'expérience issus de ces accompagnements. Ces derniers sont présentés par fiche thématique et ont vocation à répondre aux questions pratiques auxquelles sont confrontés les acteurs concernés par le parcours de santé.
La lecture de ces fiches est conseillée par ordre chronologique car elles reprennent une à une les phases clés de la démarche :

1. Le diagnostic territorial : Pourquoi faire un diagnostic territorial et une feuille de route ? Comment répondre aux besoins populationnels ?
2. Le programme de parcours de santé de territoire : Comment organiser le parcours de santé sur un territoire ?
3. La gouvernance : Comment mettre en œuvre un système de gouvernance pour un parcours de santé ?
4. La contractualisation : Comment engager les acteurs en contractualisant ?
5. L'animation territoriale : Quelles sont les fonctions d'animation autour d'un contrat territorial ?
6. L'évaluation : Comment anticiper les méthodes et outils d'évaluation ?

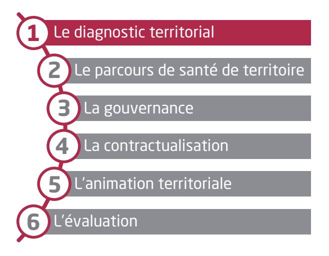


Ces fiches thématiques sont interdépendantes. En effet, chaque étape d'un parcours de santé doit être conçue en corrélation avec les suivantes afin de garantir l'effectivité du programme et son adéquation aux besoins populationnels et aux besoins des professionnels de terrain. Chacune des étapes se compose de deux parties, d'une part le cadre conceptuel, rappelant les définitions et références liées à la thématique présentée, d'autre part les enseignements et illustrations. Nous avons en effet veillé à illustrer chaque enseignement thématique par des outils créés lors des accompagnements en région.
Le lecteur pourra donc aussi apprécier le niveau tant conceptuel qu'opérationnel d'une telle démarche.

1

DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL À LA FEUILLE DE ROUTE

LES ÉTAPES CLÉS



Pourquoi faire un diagnostic territorial et une feuille de route ?

Comment répondre aux besoins populationnels ?



1.1 - Principe général

Les perspectives démographiques sur le vieillissement de la population française, l'augmentation de l'espérance de vie, l'émergence des maladies chroniques et leur impact sur l'organisation du système de santé constituent un défi considérable en matière d'organisation des prestations de santé en direction des personnes âgées et ont suscité de nombreux travaux (HCAAM[1] et DREES[2] notamment).
Le constat de départ est partagé de tous : les organisations mises en place pour structurer l'offre de santé et assurer une meilleure coordination des prestations (réseaux, coopérations, filières gériatriques) ne suffisent pas à délivrer un service « intégré »[3] lisible pour l'usager. Les professionnels agissent en silo et le territoire manque d'un pilotage transversal adapté aux enjeux.

Plusieurs questions sont ainsi communément posées :

- Comment mettre en place des réponses adaptées, graduées, pour répondre aux besoins de personnes dont l'accompagnement requiert l'intervention de multiples professionnels aux compétences complémentaires ?
- Comment éviter une hospitalisation inadaptée aux personnes âgées polypathologiques souvent touchées par une ou plusieurs maladies chroniques ?
- Comment assurer le suivi de soins au long cours souvent complexes entre l'hôpital et le domicile (soins transitionnels) ?
- Comment assurer un parcours de santé coordonné de qualité à tout moment de la prise en charge ?
- Comment dépasser une réponse centrée sur les épisodes de soins pour organiser une réponse plus globale répondant aux exigences d'un parcours de santé ?

1 – Vieillissement, longévité et assurance maladie, 22 avril 2010 ; Assurance maladie et perte d'autonomie, 23 juin 2011 ; Avenir de l'Assurance maladie : les options du HCAAM, avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012.
2 – Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030, juin 2008.
3 – La méthodologie PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie) a été modélisée au Québec à la fin des années 1990. Elle a été utilisée pour mettre en place les MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) en France. Celles-ci se basent notamment sur la démarche d'intégration via le guichet intégré. Il s'agit d'un mode d'organisation partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Afin de rendre lisible et visible l'offre de santé sur un territoire, il est nécessaire de réaliser un diagnostic territorial et de définir une définition d'une feuille de route. Ces étapes sont détaillées dans la publication ANAP « *Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire ; Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire* » (disponible sur www.anap.fr). Cette fiche en est un résumé.



1.2 - Enseignements : les étapes du diagnostic territorial

1.2.1 Définir le périmètre du territoire : fusionner les approches territoriale et populationnelle

La première étape du diagnostic territorial nécessite la définition du territoire d'analyse par l'ARS. Deux méthodes coexistent : l'approche territoriale et l'approche populationnelle.

L'approche territoriale est une approche classique. Elle consiste à cibler un territoire faisant fi des flux patients mais prédéfini selon :
- des limites administratives : arrondissement, intercommunalité... ;
- des « territoires vécus » : notion de bassin de vie, de zone d'emploi, d'aire urbaine de l'INSEE...

Cette approche pragmatique vise à faciliter la collecte et l'exploitation des données.

L'approche populationnelle consiste à définir le périmètre géographique d'analyse en fonction des habitudes et des flux de patients. Elle repose notamment sur :
- les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : origine des patients, parcours au sein d'établissements d'un territoire... ;
- les cartographies de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : aires de recrutement des établissements ;
- l'expérience des professionnels.

Cette approche aboutit à la définition d'un territoire *ad hoc*. Elle est certes théoriquement optimale en termes d'analyse car en phase avec la réalité des flux populationnels, mais potentiellement très complexe, ne correspondant à aucune limite géographique connue et pouvant, *de facto*, rendre fastidieuses la collecte et l'exploitation des données.

L'approche populationnelle consiste à définir le périmètre géographique d'analyse en fonction des habitudes et des flux de patients.

Idéalement, il est recommandé de « fusionner » les approches populationnelle et territoriale. Cela implique premièrement de délimiter le territoire optimal d'analyse selon une approche populationnelle puis, secondement, de retenir le territoire de référence se rapprochant le plus du territoire « optimal », selon une approche territoriale (limites administratives, bassins de vie, zones d'emploi, aires urbaines) afin de faciliter la collecte et l'exploitation des données.

Il est enfin souhaitable de considérer, dans la définition du périmètre géographique, **la dynamique des compétences partagées en matière de gouvernance sur les champs sanitaire, social et médico-social.** Ainsi, en fonction des objectifs, et en particulier s'il est envisagé d'impliquer des institutions et services de santé locaux (Comité local d'information et de coordination (CLIC), Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), hôpitaux locaux, équipes mobiles, réseaux de santé, etc.) ou des collectivités (communes ou intercommunalités dans le cadre de contrats locaux de santé par exemple), il est indispensable qu'il y ait une cohérence entre la compétence territoriale et la légitimité d'intervention de ces institutions ou collectivités, d'une part, et le territoire d'étude et le projet, d'autre part. Cette cohérence doit faciliter l'animation territoriale et la mise en œuvre des moyens.

L'expérience a également montré qu'il est pertinent de choisir un territoire sur lequel sont possibles :

- la collecte et l'exploitation des données ;
- la mobilisation des acteurs de terrain ;
- l'exercice de l'animation territoriale.

1.2.2 Réaliser une analyse populationnelle

Cette analyse populationnelle porte sur quatre axes : la démographie, l'environnement, l'état de santé de la population et le niveau d'autonomie.

Sur chaque territoire défini, une analyse populationnelle permet de partager une connaissance plus fine de la population de 75 ans et plus. Cette analyse porte sur quatre axes : la démographie, l'environnement, l'état de santé de la population et le niveau d'autonomie.

1. **Démographie :** estimation de la population âgée actuelle par tranche et par sexe sur le territoire d'analyse et projections à 10 ans.
2. **Analyse de l'environnement :** estimation des personnes âgées vivant à domicile ou en institution, vivant seules ou en couple. Cette analyse est conduite sur quatre dimensions socio-économiques : conditions de vie et de logement, indicateurs sociaux, environnement économique, réseaux sociaux des aidants.
3. **État de santé :** quatre axes sont retenus : prévalence des maladies chroniques, prévalence des déficiences physiques et cognitives, analyse des causes de décès, analyse du recours à l'hospitalisation pour AVC. Une attention particulière est portée sur la prévalence des maladies chroniques et sur les polypathologies.
4. **Autonomie :** c'est le niveau de perte d'autonomie qui est évalué au travers d'une photographie actuelle et d'une projection à 10 ans.

1.2.3 Réaliser une cartographie de l'offre de santé

L'objectif de la cartographie de l'offre est de restituer une vision globale et de permettre l'évaluation de l'offre de santé sur le territoire.

L'étape de la cartographie menée par l'ARS mobilise des sources diverses et constitue un point essentiel dans le projet. Elle permet de mettre en exergue la complexité d'un pilotage transversal des activités sur un territoire dans la mesure où la connaissance de l'offre est le plus souvent peu ou trop peu partagée. C'est pour cela que la définition des missions et des prestations servies par chaque opérateur est riche d'enseignements. Elle permet d'évaluer la connaissance et la reconnaissance réciproque des offreurs sur leur territoire. **Cette étape constitue un travail important en termes de charge de travail pour l'ARS ; il convient de l'évaluer en amont et d'organiser les actions à réaliser de façon rigoureuse.**

L'objectif de la cartographie de l'offre est de restituer une vision globale et de permettre l'évaluation de l'offre de santé sur le territoire.

Pour construire une cartographie, différentes composantes de l'offre de santé sont analysées : la médecine de ville, les services d'urgences, les services d'hospitalisation aiguë, les services de soins de suite et de réadaptation, l'offre en hébergement médicalisé et les services de soins de longue durée, l'offre sanitaire et médico-sociale intervenant au domicile, les dispositifs d'information, d'orientation et de coordination.

Pour chacune de ces composantes de l'offre, quatre axes d'analyse sont traités :

1. Les missions, le public accompagné ou pris en charge, les données clés de l'activité (volumétrie).
2. La situation ou le positionnement géographique sur le territoire.
3. Les modalités de prise en charge et d'accompagnement réalisés.
4. La couverture du besoin : constats sur le territoire, analyses comparées.

Pour cela, les bases de données suivantes peuvent être consultées :

- DREES, base Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
- DREES, base Statiss : Statistiques et indicateurs de la santé et du social
- DREES, base SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
- PMSI : MCO et SSR
- INSEE : recensement général de la population, estimation localisée de la population
- Assurance maladie, données SNIIRAM : base Erasme (consommations de soins de ville)
- INSERM, base CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
- IRDES, bases EcoSanté

1.2.4 Analyser les flux et objectiver les parcours des personnes

L'analyse des flux est complémentaire de l'analyse populationnelle et de la cartographie de l'offre. Elle permet, à terme, de penser le rééquilibrage de l'offre en fonction des besoins populationnels et de définir le parcours adéquat. La cartographie des flux permet d'objectiver sur le territoire le parcours de santé des personnes âgées. L'analyse des flux populationnels, menée avec l'aide des professionnels de terrain, comprend un volet qualitatif et un volet quantitatif.

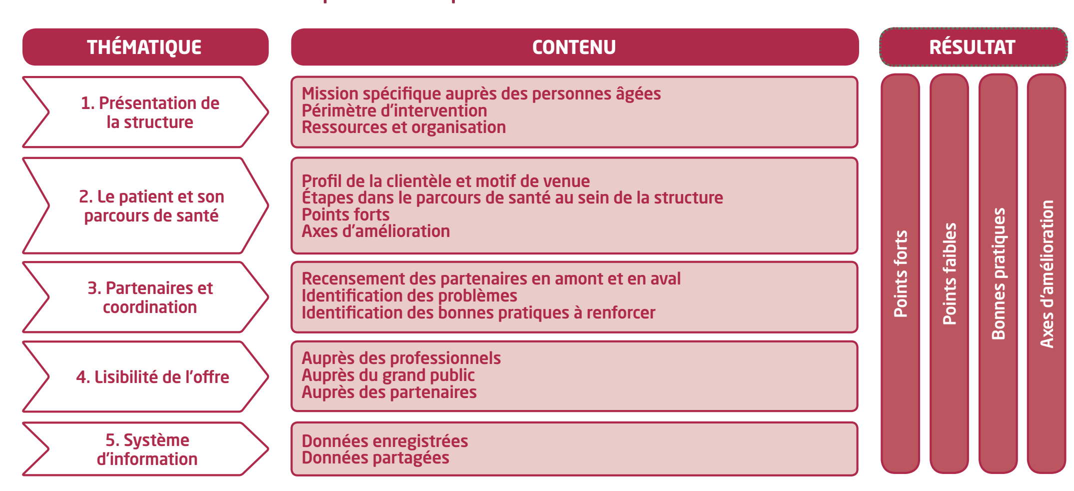
Pour mener une analyse quantitative, deux approches méthodologiques sont envisageables :

- L'analyse d'une cohorte de patients : celle-ci nécessite un chaînage complet ou partiel des données sur le parcours.
- L'analyse élémentaire de chaque étape du parcours : l'enchaînement sous forme de parcours est alors extrapolé grâce aux données sur le mode d'entrée et de sortie à chacune des étapes de la prise en charge.

L'analyse des flux est décomposée en quatre étapes :

- La collecte des échantillons de données.
- L'analyse chiffrée.
- Les entretiens auprès des professionnels de terrain.
- La restitution de la cartographie des flux.

Illustration d'un cadre de réalisation des entretiens auprès des professionnels de terrain



1. DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL À LA FEUILLE DE ROUTE LES ÉTAPES CLÉS

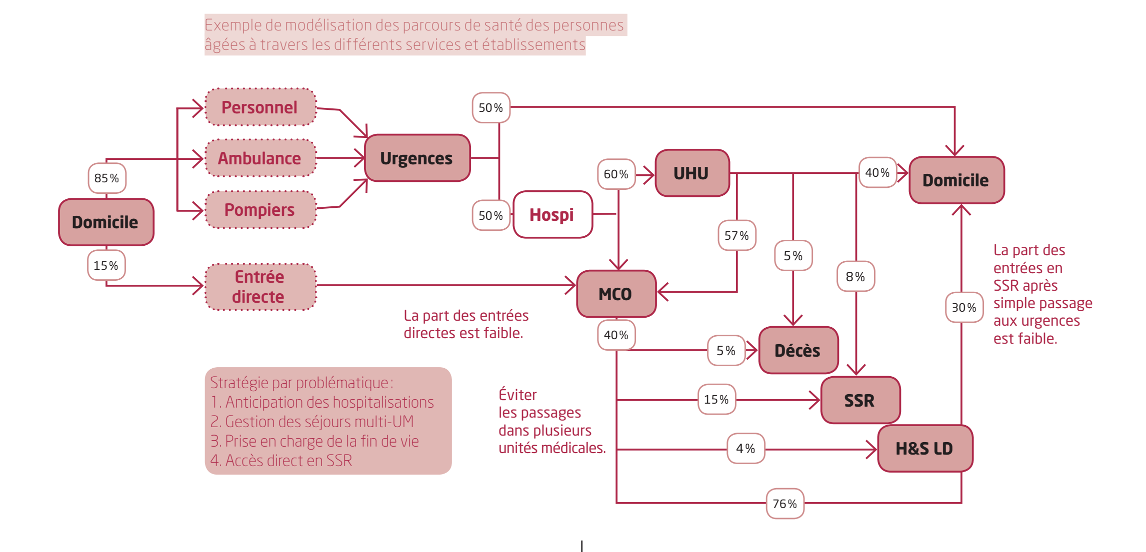
La principale problématique dans l'analyse des flux réside dans la structuration des systèmes d'information en santé. En effet, toutes les informations sanitaires, sociales, médico-sociales voire environnementales nécessaires à l'analyse précise des flux populationnels donc d'un parcours de santé sont dispersées au sein de plusieurs bases et non intégrées dans un système d'information unique.

La compilation des éléments chiffrés avec l'évaluation faite par les professionnels à chaque étape du parcours, permet de réaliser une cartographie des flux mettant en évidence les points forts et les points faibles.
La restitution de la cartographie des flux comprend :

- une photographie illustrative des flux au sein et en aval de l'hôpital ;
- une analyse des pratiques professionnelles et du périmètre d'action de chaque acteur permettant de mettre en évidence les leviers et les obstacles dans l'articulation et la coordination du parcours de santé des personnes âgées.

La cartographie des flux est un point clé du diagnostic de départ qui fournit à l'ensemble des acteurs une vision transversale objectivée du parcours et permet une modélisation de celui-ci.

Modélisation du parcours au sein d'un établissement de santé



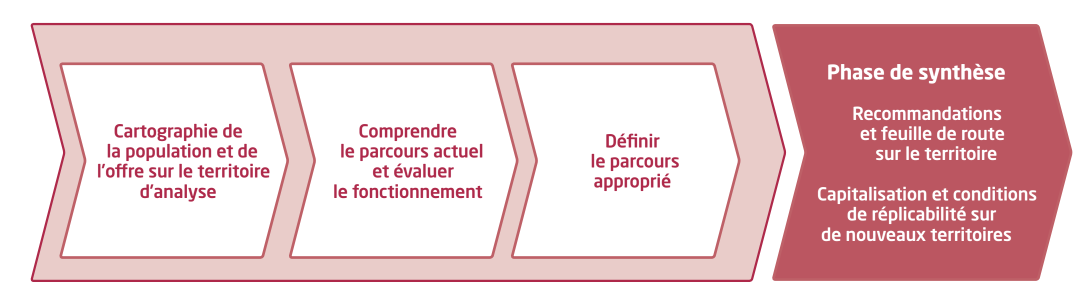


1.3 - Enseignements : réalisation de la feuille de route

1.3.1 Définir une feuille de route

Le partage du diagnostic territorial est une étape à part entière et un prérequis à la formalisation de la feuille de route sur un territoire. En fonction de l'identification des points de rupture et des bonnes pratiques identifiés dans le diagnostic, puis du partage de ce dernier auprès de l'ensemble des acteurs du terrain, la feuille de route peut être constituée afin d'envisager les axes d'amélioration.

Illustration des phases du projet, du diagnostic à la feuille de route



La coconstruction de la feuille de route, c'est-à-dire la définition en commun[1] des actions d'amélioration à mettre en œuvre, donne au projet une dimension concrète après un processus de diagnostic et d'analyse des flux semblant parfois plus théorique et conceptuel pour les acteurs de terrain. La feuille de route formalise les axes de changement durables nécessaires à l'adaptation du système de santé et aux besoins populationnels sur le territoire.

La coconstruction de la feuille de route implique de travailler sur les actions d'amélioration à mettre en œuvre et leur contenu : nécessitent-elles d'adapter des prestations et services mis en œuvre par les professionnels de santé, les pratiques professionnelles, la coordination des interventions, etc. ?

Les échanges sur ces points permettent :
- d'identifier des actions concrètes intégrant la dynamique existant sur le territoire ;
- d'impliquer dans une même démarche les professionnels et l'ARS dans son rôle d'organisatrice et de pilote sur le territoire ;
- de prioriser les actions dans une logique court/moyen/long terme pertinente.

1 – Par l'ARS, les autres institutions telles que le conseil général, les financeurs, les Union Régionale des Professionnels de santé (URPS), et acteurs de terrain (réseaux, le Comité local d'information et de coordination (CLIC), le Service de soins infirmiers à domicile (SSIAS), etc.)

La formalisation des actions opérationnelles retenues est le second aspect important de la définition de la feuille de route. Ces actions garantissent l'engagement des acteurs si elles intègrent :

- un mandat spécifique et précis attribué à un ou plusieurs acteurs ;
- des objectifs mesurables, atteignables et réalistes ;
- des actions précises et impliquant nommément les acteurs : chacun doit être en mesure d'identifier son rôle dans la réalisation des actions et de se positionner dans la chaîne de responsabilité du parcours de santé des personnes (responsabilité populationnelle) ;
- une hiérarchisation et une planification des actions afin d'offrir une visibilité aux acteurs ;
- des indicateurs et modalités de suivi définis.

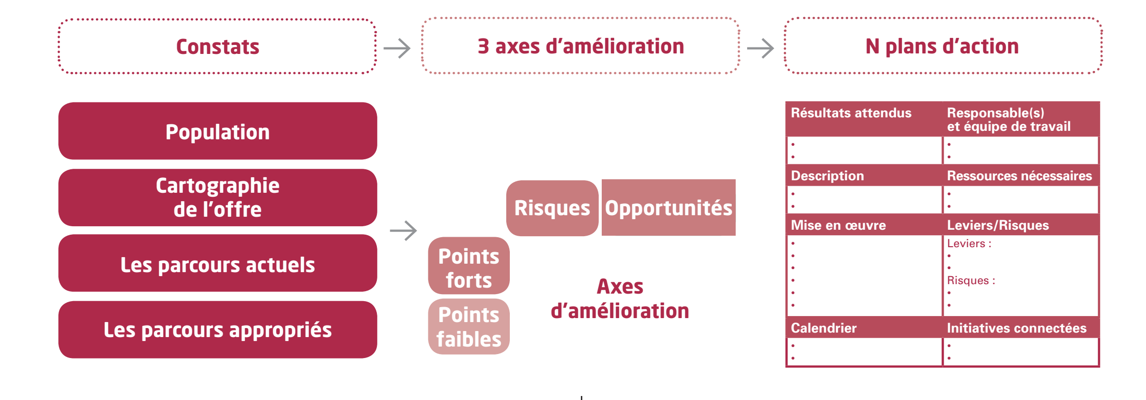
1.3.2 La mobilisation des acteurs

> La mobilisation des acteurs pour la mise en œuvre de la feuille de route passe par une logique d'engagement de territoire formalisée pouvant notamment prendre la forme de la contractua-lisation.

Dans le cadre de la conduite d'un tel travail, les temps d'échanges et de négociation avec les acteurs doivent être intégrés dans le planning de réalisation. Il appartient également au pilote des travaux (dans la majorité des cas, la délégation territoriale de l'ARS) d'en informer dès le lancement l'ensemble des parties prenantes afin que celles-ci l'intègrent dans leur plan de charge.

La mobilisation des acteurs pour la mise en œuvre de la feuille de route passe par une logique d'engagement de territoire formalisée pouvant notamment prendre la forme de la contractualisation (voir fiche Contractualisation - n° 4). La contractualisation sur un territoire permet de mobiliser non seulement les opérateurs mais également les partenaires avec lesquels il faut être coordonné (politiques locales, collectivités territoriales, représentants des usagers). **C'est la dynamique locale qui sera porteuse de changement.**

Illustration des étapes du diagnostic au plan d'action



2

LE PROGRAMME DE PARCOURS DE SANTÉ DE TERRITOIRE



Comment organiser le parcours de santé sur un territoire ?



2.1 - Principe général

La « médecine de parcours »[1] est une démarche conçue pour répondre aux problématiques posées par la transition épidémiologique (notamment le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques) que traverse notre système de santé actuel.

En effet, ce modèle de parcours répond aujourd'hui à la logique « d'épisodes aigus » » ou « d'intervention hiérarchisée » issue de l'organisation cloisonnée entre la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social. Ce modèle propose une prise en charge des personnes en continu, capable d'anticiper les besoins. Il promeut la prévention et vise à éviter la survenue de points de rupture dans le continuum de soins notamment lors des passages d'une sphère à l'autre (arrivées inopportunes aux urgences, difficultés d'accès aux structures en aval de l'hospitalisation, coordination des interventions sanitaires et sociales à domicile, suivi posthospitalisation, etc.).

Illustration des changements induits par la logique « parcours »

Logique « épisode aigu »	Logique « parcours »
Un système axé sur la maladie	Un système qui valorise la santé et le bien-être
Une responsabilité clientèle	Une responsabilité populationnelle
Des objectifs de guérison et soins	Des objectifs de prévention
Une réponse aux demandes	Une réponse aux besoins, aux attentes
Une priorités aux soins	Une considération des autres déterminants
La prise en charge	La prise en compte
L'usager patient	L'usager partenaire
Une logique d'établissement	Une logique réseau
Un contexte de compétition	Un contexte de collaboration
Un budget par mission	Un budget par population ou programme
Une gestion centrée sur la production interne	Une gestion de partenariat
De la multidisciplinarité	De l'interdisciplinarité
Un *leadership* d'autorité	Un *leadership* mobilisateur

1 – Cette notion est utilisée pour la première fois dans le rapport du HCAAM (avril 2010)

La mise en place d'un parcours de santé concrétise la volonté des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'agir collectivement, afin de répondre de manière transversale à un enjeu de **responsabilité populationnelle** sur un territoire.

Cette responsabilité populationnelle a pour but de coordonner l'ensemble des prestations et services à destination de certains groupes de population vulnérables souffrant de problèmes psychosociaux et de santé : les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes atteintes de maladies chroniques, les jeunes en difficulté, les personnes dont l'état nécessite des soins palliatifs.

Afin de mettre en œuvre cette logique de parcours et de favoriser la responsabilité populationnelle sur un territoire, le concept de « programme de parcours de santé » est mobilisé.

Bien que les références aux notions de programmes et de parcours de santé soient nombreuses dans la littérature, les définitions dont elles font l'objet ne sont pas toujours les mêmes et leurs contours manquent parfois de précision. Dans le cadre de nos travaux, nous avons retenu la **définition de programme** de PINEAULT et DAVELUY : *« Un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé ou sociaux précis, et ce, pour une population définie »*[2].



2.2 - Enseignements

2.2.1 Principes de l'élaboration du programme de parcours de santé de territoire

> Un programme de parcours de santé de territoire s'appuie sur une démarche de « planification territoriale » qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire. Il s'élabore à partir de la diversité de l'offre existante, en structurant la coordination entre les différents professionnels.

Pour aboutir à l'élaboration du programme de parcours, plusieurs étapes de réflexion collective sont nécessaires :

1. **La réalisation d'un diagnostic partagé** (voir fiche Diagnostic territorial - n° 1) présentant les forces, les faiblesses, les risques et les atouts d'avenir sur le territoire. Le diagnostic comprend les éléments suivants :
   - Une analyse populationnelle qui permet de partager une connaissance plus fine de la population.
   - Une cartographie de l'offre de santé sur le territoire qui permet de restituer une vision globale ainsi que l'évaluation de l'offre des différentes structures du territoire amenées à intervenir auprès de la population choisie.
   - Une analyse des flux de patients obtenue *via* la recomposition du cheminement non coordonné des patients au sein du système de prise en charge actuel.

2 – PINEAULT et DAVELUY *La Planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies.* 1995

2. **Les axes d'amélioration et objectifs prioritaires** dépendent des résultats du diagnostic, notamment de l'analyse des causes des points de rupture et leur priorisation. Des thèmes ou axes d'amélioration en découlent pour lesquels des actions sont à mener.

3. **Le plan d'action** est composé de propositions d'actions concrètes à engager à court, moyen et long termes et de la définition d'un modèle à venir. Afin de veiller à la bonne poursuite de la démarche, les axes d'amélioration doivent être déclinés dans un plan d'action déterminant les objectifs et le niveau d'ambition souhaité (le modèle à venir). Dans le cas contraire, il existe un risque important d'interruption du projet.

Le programme de santé, au sens strict, comprend les étapes 2 (axes d'amélioration et objectifs prioritaires) et 3 (plan d'action), qui sont abordées plus en détail dans le volet Contractualisation de cette publication (voir fiche Contractualisation - n° 4).

2.2.2 Les enseignements du terrain

L'élaboration du programme de parcours de santé nécessite la mobilisation des acteurs concernés ainsi que la mise à disposition d'outils. En effet, la solidité du programme de parcours dépend de plusieurs facteurs :

- **Le temps consacré à la création d'une vision commune et consensuelle** sur les objectifs visés et l'organisation du parcours recherché. Cela exige un investissement en temps non négligeable, qui débute dès la phase de diagnostic territorial. Le nombre et la récurrence des échanges entre tous les acteurs concernés est un élément clé de succès pour créer un climat de confiance, construire une vision partagée et assurer l'adhésion de tous.
- La création d'**une dynamique de coopération et de coordination entre tous les acteurs clés de la coordination** dans un territoire : Comité local d'information et de coordination (CLIC), réseaux, filière, Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades alzheimer (MAIA).
- **La mobilisation des professionnels de santé libéraux**. Dans les cas où le territoire bénéfice d'une dynamique de coordination existante, soit par la présence de Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ou de pratiques organisationnelles entre praticiens (qu'elles soient formalisées ou non), les médecins généralistes sont plus facilement mobilisables pour participer à des programmes de parcours de santé. En revanche, lorsque cette dynamique n'existe pas, leur disponibilité en termes de temps à investir dans la phase de définition et d'échanges autour du programme de parcours est faible. Cette situation est encore plus marquée chez les paramédicaux, souvent plus difficiles à mobiliser.

De plus, certains éléments ont été identifiés comme des leviers et outils structurants qui pourraient faciliter la mise en œuvre et la consolidation de programmes de parcours :

- **Les systèmes d'information populationnels** qui permettraient de partager les informations cliniques et sociales entre les acteurs responsables du parcours afin de reconstituer le parcours de santé des personnes dans un territoire. L'utilisation de ce levier reste encore limitée en raison des contraintes légales et administratives relatives à la manipulation et au transfert de données médicales individuelles.
- **Les technologies de télésanté,** encore très peu présentes sur les territoires, peuvent jouer un rôle important dans l'anticipation des événements et la coordination des soins à deux niveaux :
  - La surveillance à distance des constantes des patients,
  - La transmission et le partage de l'information entre les professionnels concernés ;
- **L'ingénierie financière du programme de parcours,** qui doit répondre à trois grandes questions :
  - Comment financer les besoins/ressources du programme (cartographie des financements) ?
  - Quels sont les impacts prévus en termes d'évolution d'activité pour l'ensemble du territoire et par type de structure/service ?
  - Quel sera l'impact économique pour chaque acteur/structure/service de la modification d'utilisation des ressources ?



2.3 - Illustrations

2.3.1 Exemple de canevas type d'un programme de parcours de santé de territoire

Projet de territoire qui encadre l'organisation de l'offre de santé sur le territoire	1. Les grandes orientations du plan régional de santé 2. Le diagnostic territorial 2.1 Profil populationnel 2.1.1 Données démographiques 2.1.2 État de santé de la population 2.1.3 Consommation des services 2.1.4 Flux de patients au sein du territoire 2.2 L'offre de services sanitaires et sociaux du territoire 2.2.1 Portrait de l'offre de services des partenaires du territoire 2.2.2 Recueil des pratiques exemplaires 2.2.3 Appréciation des ruptures et des axes d'amélioration 3. Le programme de parcours 3.1 La définition du projet de territoire 3.1.1 Les objectifs du programme 3.1.2 La logique du programme 3.1.3 Les acteurs et ressources à mobiliser 3.1.4 Modalités d'organisation et de coordination 3.2 La feuille de route et ses plans d'action 3.3 Les indicateurs de suivi et d'évaluation

2.3.2 Exemple de feuille de route sur un territoire rural

Sur un territoire rural, un programme de parcours de santé mis en place vise à répondre à trois problématiques identifiées sur le territoire en matière d'usage des urgences pour les personnes âgées :

- Le recours aux urgences suite à une difficulté de maintien à domicile ;
- Le recours aux urgences comme plate-forme d'orientation pour accéder aux avis spécialisés et au court séjour ;
- Le recours aux urgences pour une prise en charge non assurée sur le territoire.

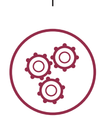
Exemple d'un programme s'articulant autour de trois axes

Axes stratégiques	Objectifs opérationnels	Actions
Axe 1 **Créer les conditions favorables à la transversalité et la coordination des acteurs**	Objectif 1.1 : Structurer la gouvernance du territoire et soutenir les dynamiques locales	Renforcer le pilotage du projet de santé de territoire
		Définir les missions respectives de chacun des acteurs
	Objectif 1.2 : Développer les outils de la coordination entre acteurs	Développer les modalités d'échanges d'informations autour des personnes âgées
		Définir les outils et procédures communs d'évaluation
		Formaliser le lien avec les professionnels hors du territoire
Axe 2 **Faciliter le recours des personnes âgées aux soins de spécialité**	Objectif 2.1 : Améliorer l'accès des personnes âgées du territoire à l'expertise gériatrique	Organiser la prise en charge gériatrique à partir de l'évaluation de 1er niveau (domicile)
		Organiser l'évaluation et l'expertise gériatrique de 2nd niveau pour les cas complexes
		Développer le court séjour gériatrique programmé (filière courte) à partir du domicile/Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
	Objectif 2.2 : Améliorer l'accès des personnes âgées du territoire aux autres spécialités	Mettre en place des consultations avancées
		Faciliter l'accès aux consultations avancées dans des délais réduits pour les cas complexes
		Développer l'intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) en EHPAD
Axe 3 **Faciliter le recours aux alternatives à l'hospitalisation**	Objectif 3.1 : Développer l'accès direct en SSR	Clarifier la procédure d'admission directe en Soins de suite et de réadaptation (SSR)
		Définir les objectifs et missions du SSR de l'Hôpital local
		Mener une réflexion sur l'équilibre des lits médecines SSR de l'Hôpital local
	Objectif 3.2 : Favoriser le maintien à domicile	Mener une activité de surveillance-vigilance des personnes âgées à domicile
		Faciliter le maintien des personnes âgées en fin de vie à domicile
		Réaliser des actions de prévention (nutrition, chute) à destination des personnes âgées et de leurs aidants
		Améliorer le suivi médical en EHPAD
	Objectif 3.3 : Encourager le recours à des structures alternatives	Améliorer l'accessibilité des structures (information aux professionnels, personnes âgées et aidants)
		Étudier la faisabilité d'une gestion centralisée et mutualisée des places alternatives
		Étudier la faisabilité de l'instauration de places d'accueil de nuit

3
LA GOUVERNANCE



Comment mettre en œuvre un système de gouvernance pour un parcours de santé ?



3.1 - Principe général

La gouvernance territoriale peut être comprise comme le système de partage des responsabilités entre les acteurs du parcours de santé dont l'engagement réciproque repose sur une formalisation (l'outil contractuel présente l'avantage d'être fondé sur des implications juridiques et morales) **et sur un système d'animation et d'évaluation** (durée, objectifs).

L'Organisation mondiale de la Santé définit la gouvernance comme « *l'ensemble des fonctions assumées par les pouvoirs publics en vue d'atteindre les objectifs nationaux de santé. Ces objectifs, qui tendent tous à l'amélioration de l'état de santé global de la population, concernent généralement l'équité, la couverture, l'accès, la qualité et les droits des patients.*

Il s'agit d'un processus politique qui consiste à trouver un équilibre entre des influences et des exigences contradictoires. Il implique d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques en maintenant toujours la même orientation stratégique, de repérer et de corriger les évolutions non souhaitées et les distorsions, de défendre la place de la santé dans le développement national, d'édicter des règles auxquelles seront soumis les différents acteurs concernés – de ceux qui financent les soins à ceux qui les dispensent – et de créer des mécanismes favorisant la transparence ».

La gouvernance territoriale a pour objectif d'organiser les politiques de santé à une échelle correspondant aux pratiques professionnelles, souvent infradépartementale. La logique de parcours impose une gouvernance centrale des divers projets concernant une même population. Elle se distingue ainsi de la coordination clinique et médico-sociale, en ce qu'elle a vocation à faciliter le pilotage local de l'offre, dans une démarche de planification à moyen et long terme. C'est le cadre de mobilisation des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social en vue de définir une offre cohérente et lisible pour les professionnels comme les personnes. Le décloisonnement épidémiologique au cœur du vieillissement et de la chronicisation des situations des personnes âgées appelle un décloisonnement dans la pratique des politiques publiques qu'une gouvernance partagée permet de faire vivre.

L'autre concept clé mobilisé est celui de la responsabilité populationnelle : un engagement croisé des professionnels (professions médicales, paramédicales, d'encadrement, de gestion et tutelles). Il vise à répondre de façon optimale et coordonnée aux besoins des populations vulnérables de ce territoire souffrant de problèmes psychosociaux et de santé. (voir fiche Programme de parcours - n° 2) **La gouvernance est donc le cadre dans lequel se définissent les engagements pris par chacun des professionnels.**



3.2 - Enseignements

3.2.1 Principes de la gouvernance

La gouvernance a une visée pratique d'organisation du dialogue relatif à la structuration des parcours de santé des populations au sein d'un territoire. C'est pourquoi le dispositif de gouvernance doit s'inscrire dans des démarches et logiques existantes et ne doit pas superposer des instances.

La totalité de la mise en œuvre d'un programme d'amélioration des parcours de santé repose sur des relations de travail et des processus de prise de décision clairs. La gouvernance doit être légitime : ses principes et modalités de fonctionnement doivent être partagés et les personnes qui participent aux instances doivent disposer d'un mandat. La gouvernance est un dispositif global qui a vocation à compléter des mécanismes déjà existants.

La gouvernance d'un parcours de santé comprend :

- la cartographie des acteurs du territoire reposant sur des dynamiques et l'histoire locales ;
- le schéma de la gouvernance, à savoir la définition d'un nombre limité d'instances pour lesquelles sont formalisées à des fins de suivi :
  - Le rôle,
  - La composition,
  - La fréquence de réunion,
  - Les modalités d'organisation ;
- effectif des décisions, participation et satisfaction des personnes.

La gouvernance a une visée pratique d'organisation du dialogue relatif à la structuration des parcours de santé des populations au sein d'un territoire.

3.2.2 Composantes de la gouvernance

Dans le cadre de la structuration de parcours de santé de personnes âgées, un schéma de gouvernance à deux niveaux, où les deux niveaux communiquent, apparaît efficace. Les mêmes institutions peuvent participer aux instances mais leur « niveau » de représentation peut varier.

- **Le niveau opérationnel** est défini à l'échelle du territoire d'action. Le comité opérationnel est l'instance décisionnelle et évaluative. Il assure le pilotage de l'ensemble des projets locaux. Son rôle est crucial, il peut réorienter des actions ou l'affectation de crédits.
- **Le niveau stratégique** est défini à l'échelle du territoire de santé (souvent un département). Le comité stratégique est l'instance institutionnelle. Elle se réunit pour apporter de la visibilité et une cohérence institutionnelle dans la conduite des politiques publiques.

La composition des différentes instances doit s'adapter au contexte local et peut donc varier d'un territoire à l'autre. En règle générale, le niveau stratégique concerne l'ARS, le Conseil général (CG) et les financeurs au niveau des directions. Le niveau opérationnel est composé de l'ARS, du CG et des financeurs à un niveau technique ainsi que des acteurs de terrain. Les URPS et les représentants d'usagers peuvent être membres du niveau stratégique ou du niveau opérationnel selon les territoires.



3.3 - Illustrations

Les exemples ci-dessous ont été construits selon les spécificités territoriales locales et sont disponibles dans les contrats territoriaux associés.

3.3.1 La gouvernance du Contrat local de santé du Sud-ouest mayennais

Des exemples d'outils de suivi des instances sont disponibles en ligne sur www.anap.fr

La structuration de la gouvernance inscrite dans le CLS du sud-ouest mayennais est passée par la cartographie des professionnels et des structures du territoire :

- L'Hôpital local est le pivot de l'offre gérontologique sur le territoire et de son organisation.
- Le Centre local d'information et de coordination (CLIC) « Alli'âges » du sud-ouest mayennais, créé en 2002, œuvre pour le développement du partenariat et des échanges entre les professionnels en charge des personnes âgées, et pour une prise en charge coordonnée des personnes âgées.
- Le Groupement de coopération sanitaire pour le pôle de santé du sud-ouest mayennais (GCS), autour de l'Hôpital local et regroupant près de 50 professionnels de santé, permet depuis 2008 la mutualisation de locaux et d'équipements entre l'Hôpital local et le pôle de santé libéral.
- Le Groupement de coopération sociale et médico-sociale du pays de Craon (GCSMS).
- Le Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), implanté à Cossé-le-Vivien.
- Cinq EHPAD autonomes et des professionnels libéraux indépendants, intervenant à l'Hôpital local, dans les EHPAD ou en collaboration avec le SSIAD.
- Le centre hospitalier du Haut-Anjou (Château-Gontier) intervient sur le territoire sud-ouest mayennais, par le biais des consultations avancées mises en place à l'Hôpital local.

La gouvernance de ce territoire de santé vise à assurer le pilotage du projet territorial de santé, à soutenir les dynamiques locales et à impliquer les partenaires du CLS et acteurs locaux dans sa mise en œuvre et son évaluation. Afin d'assurer la cohérence de la gouvernance des projets en cours sur le territoire, le cadre de gouvernance retenu a vocation à être élargi. Ainsi, il peut servir de base à la déclinaison des politiques de santé et au pilotage des projets locaux. Le schéma proposé a donc une portée générale et ne se limite pas au seul CLS.

Le dispositif de gouvernance s'articule autour de deux niveaux :

- le Comité stratégique est l'instance décisionnelle à l'échelon du territoire de santé. Il est commun à tous les contrats locaux de santé du territoire de santé ;
- le Comité d'intégration des acteurs et des projets locaux en santé est l'instance locale décisionnelle. Il a notamment pour mission d'assurer le pilotage du CLS.

Ce dispositif de gouvernance est mis en place pour toute la durée du CLS (2012-2016), mais pourra être modifié sur décision du Comité stratégique.

Le Comité stratégique

Rôle	Le Comité stratégique est une instance autour du territoire de santé (dans le cas présent département de la Mayenne), qui veille notamment à la bonne exécution des contrats locaux de santé mis en œuvre sur le territoire de santé, au respect des engagements pris par les acteurs locaux et s'assure de la cohérence des démarches et initiatives locales (notamment prévues dans les CLS), au regard des objectifs du Projet régional de santé. Il rend les arbitrages nécessaires en conséquence. Par ailleurs, le Comité stratégique est en charge de l'information due à la Conférence de territoire sur l'avancement et les résultats des projets locaux (dont les CLS).
Composition	– L'ARS Pays de la Loire : Direction générale/Direction de la qualité et de l'efficience et délégué territorial pour la Mayenne. – Les collectivités territoriales signataires des Contrats locaux de santé (si absence de CLS, les collectivités territoriales impliquées dans des démarches en matière de santé). – Le conseil général de la Mayenne. Une réflexion sera menée sur l'intégration au sein du comité stratégique de représentants des usagers et de la CPAM ou des régimes associés.
Fréquence de réunion	Réunion semestrielle
Modalités d'organisation	La présidence est assurée par l'ARS. L'ARS (siège) assure l'organisation de ce comité : invitation des participants, définition de l'ordre du jour, rédaction des comptes rendus, suivi des décisions.

Le Comité d'intégration des acteurs et des projets locaux en santé

Rôle	Le Comité d'intégration des acteurs et des projets locaux en santé vise au pilotage de l'ensemble des projets locaux sur un territoire. Il est une instance locale décisionnelle et évaluative, qui veille à l'atteinte des objectifs généraux des projets (dont les CLS) et juge de l'atteinte des objectifs opérationnels. Au regard des objectifs généraux des projets, il a le pouvoir de réorienter des objectifs opérationnels ou des actions. Il a également pour mission d'assurer la juste affectation des moyens financiers mobilisables dans le cadre du contrat. À chacune de ses réunions, il consacre un temps à la gestion budgétaire du contrat.
Composition	La composition du Comité d'intégration des acteurs et des projets locaux répond à l'objectif d'une approche territoriale et concertée. Il assure l'évaluation participative de l'atteinte des objectifs opérationnels. Pour le sud-ouest mayennais, il est composé de : – l'ARS des Pays de Loire représentée par le délégué territorial de la Mayenne ; – représentants des communautés de communes du Craonnais, de Saint-Aignan–Renazé et de Cossé-le-Vivien ; – un animateur territorial (voir fiche Animation territoriale - n° 5) ; – référents de chaque objectif opérationnel du Contrat local de santé.
Fréquence de réunion	Trois fois par an
Modalités d'organisation	La présidence est assurée par une des deux communautés de communes signataires du Contrat local de santé. La désignation du président intervient à l'occasion de la tenue de la première réunion du Comité d'intégration des acteurs et des projets locaux. La vice-présidence est assurée par le représentant de l'ARS. Le président, assisté de l'animateur territorial, assure l'organisation de ce comité : invitation des participants, définition de l'ordre du jour, rédaction des comptes rendus, suivi des décisions.

La formalisation d'un cadre de travail opérationnel pour la mise en œuvre des actions du CLS

Plus spécifiquement, pour la mise en œuvre et l'évaluation des actions prévues dans le CLS, des groupes de travail *ad hoc* sont constitués pour chacun des six objectifs opérationnels. Ils ont pour mission de :

- suivre la mise en œuvre des actions (effectivité de la mise en œuvre) ;
- traiter des thématiques spécifiques ;
- collecter et traiter les données nécessaires à l'évaluation des actions et de l'atteinte des objectifs opérationnels du contrat ;
- alerter le Comité d'intégration sur des risques ou difficultés rencontrés ;
- régler de façon opérationnelle les difficultés techniques, logistiques ou administratives ;
- préparer les réunions du Comité d'intégration et du Comité stratégique.

3.3.2 La gouvernance du contrat de territoire du nord-est parisien

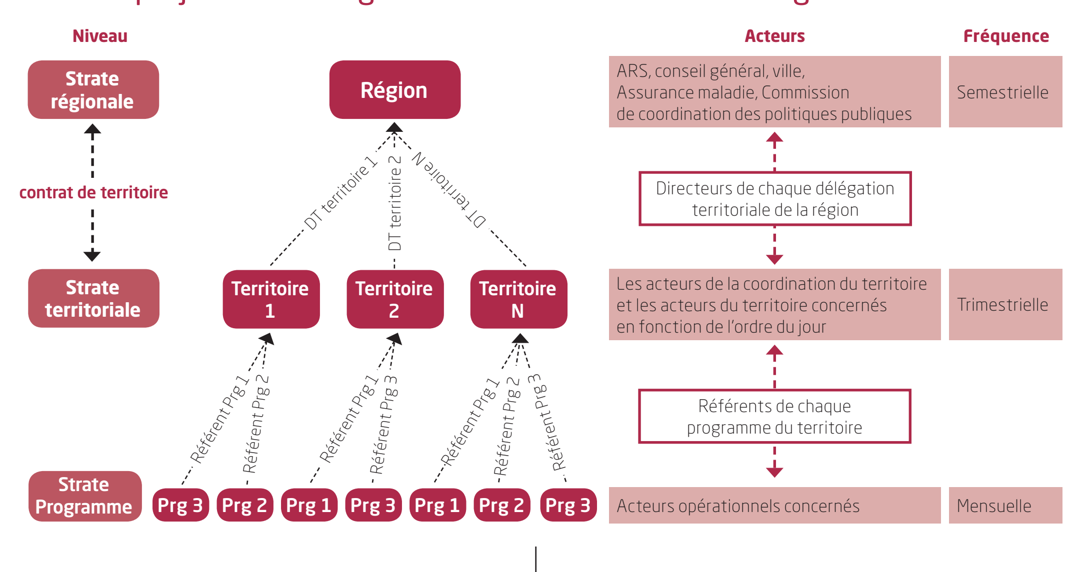
La gouvernance du contrat de territoire du nord-est parisien est composée de trois strates : stratégique, technique et opérationnelle. Ces strates sont interdépendantes.

- **Une strate régionale (stratégique)** unique matérialisée par la Commission de coordination des politiques publiques (CCPP), instance existante à laquelle la mission de pilotage stratégique de la totalité des contrats de l'ensemble des territoires a été confiée.
- **Une strate territoriale (technique)** avec, dans chaque territoire, la création d'une instance appelée Coordination territoriale animée par les structures de coordination et responsable d'assurer le suivi de l'ensemble des programmes du territoire. Les délégations territoriales seront chargées de faire le lien entre ces deux instances.
- **Une strate programme (opérationnelle), véritable niveau opérationnel,** où les professionnels concernés se réunissent sous la forme de groupes de travail (créés spécifiquement pour chaque programme) dédiés aux actions de la feuille de route pour lesquelles ils contribuent, sur leur périmètre d'intervention, à la mise en œuvre opérationnelle du projet de territoire.

Sur chaque territoire et sur chaque programme, un référent est nommé. Il est chargé de l'articulation entre les groupes de travail de son programme et la coordination territoriale. Il est appelé « animateur territorial » (voir fiche Animation territoriale - n° 5).

La gouvernance du contrat de territoire du nord-est parisien a été définie avec la volonté de pouvoir être répliquée sur d'autres territoires et/ou d'autres programmes de parcours de santé.

Possible projection de la gouvernance à l'échelle de la région Île-de-France



4

LA CONTRACTUALISATION



Comment engager les acteurs en contractualisant ?



4.1 - Principe général

Les différentes réformes du système de santé ont entraîné des recompositions institutionnelles qui se sont traduites par une multiplication, une diversification et parfois une spécialisation des acteurs de la santé.

En réponse à l'isolement qui caractérisait souvent les acteurs traditionnels de la santé, ces derniers sont amenés à reconsidérer les modalités de leurs relations. **Jusqu'alors reposant sur la concertation (engagement moral), ces relations s'appuient de plus en plus fréquemment sur des arrangements contractuels, lesquels formalisent les ententes entre des acteurs qui s'obligent mutuellement.**

La contractualisation participe à la construction de dynamiques territoriales de santé. Elle permet la rencontre entre les aspirations des territoires locaux en termes d'offre de santé et les projets portés par les agences régionales de santé.

En tant qu'outil de mise en œuvre d'une politique territoriale, la contractualisation a pour objectifs :

- d'accorder les acteurs sur des enjeux et objectifs partagés et communs ;
- de favoriser la collaboration et l'implication de divers groupes de professionnels sur un territoire ;
- de formaliser l'accord des acteurs sur un programme d'actions à mettre en œuvre ;
- de s'assurer de la participation des ressources par la définition des modalités de financement de ce programme et les apports de chacun des acteurs à sa mise en œuvre ;
- de permettre la mise en place de références et de régulations par la précision des modalités de gouvernance, de pilotage et d'évaluation des projets.

La contractualisation envisagée ici est à distinguer des outils contractuels ou conventionnels n'ayant pour seule vocation que le financement d'actions et qui ne sauraient constituer le cadre de mise en œuvre d'une politique territoriale coordonnée et partagée entre tous les acteurs.

Des exemples de contrats de territoire sont en ligne sur www.anap.fr

In fine, l'objectif du contrat, en tant qu'outil, est d'assurer à une population d'un territoire la garantie, par le biais d'ententes entre acteurs favorisant la convergence des efforts, l'accès à une prise en charge adaptée. Le contrat est alors un support à la responsabilité populationnelle des acteurs sur un territoire.

4.2 - Enseignements et illustrations

4.2.1 Méthodologie

La contractualisation ne peut être réduite au seul contrat. En effet, il s'agit moins d'un document que d'un processus qui s'inscrit dans le temps.

La contractualisation ne peut être réduite au seul contrat. En effet, il s'agit moins d'un document que d'un processus qui s'inscrit dans le temps et dont le contrat (i.e. le document juridique) n'est qu'une étape.

Les principales étapes d'une contractualisation sont de :
- réaliser un diagnostic local de santé partagé, quantitatif et qualitatif, de la situation sociosanitaire sur le territoire en identifiant les causes de cette situation. En effet, le recours à la contractualisation doit d'abord s'apprécier au regard de réalités locales et des besoins populationnels (voir fiche Diagnostic territorial - n° 1);
- au regard de ce diagnostic, définir et formaliser, dans le cadre d'une **lettre d'engagement**, les priorités locales en matière de promotion de la santé, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge des populations. La lettre d'engagement constitue une étape clé de la mobilisation des acteurs ;
- tenant compte des priorités locales, définir et formaliser dans le cadre d'un **contrat** les objectifs ainsi qu'un programme d'actions pluriannuel coconstruit par l'ensemble des acteurs (voir fiche Programme de parcours de santé - n° 2);
- enfin, mettre en place un dispositif de suivi de la mise en œuvre et une évaluation des résultats conjoints. L'évaluation s'appuie sur la réalisation des actions et s'intéresse ainsi à l'impact sur la performance du système de santé (voir fiche Évaluation - n° 6).

4.2.2 Les acteurs à impliquer

La contractualisation introduit un mode de relation entre les acteurs qui ne se fonde ni sur la concertation ni sur la relation hiérarchique, et qui concerne potentiellement tous les acteurs qui œuvrent pour une meilleure santé des populations :
- État (ministère de la Santé, agences régionales de santé) ;
- collectivités locales (conseils généraux, communes, intercommunalités) ;
- opérateurs de soins (établissements de santé, établissements et services médico-sociaux) ;
- acteurs sociaux ;
- professionnels de santé libéraux ;
- etc.

La contractualisation les concerne tous. Leur statut, public ou privé, doit être pris en compte mais ne constitue pas l'essentiel du processus. Ainsi, les contractualisations doivent s'établir à l'intersection des compétences des ARS et des acteurs d'un projet (collectivités, établissements, structures de coordination etc.).

In fine, la contractualisation doit permettre de définir et de modaliser trois types de relations :

- la relation entre les autorités de tutelle et de contrôle (niveau de pilotage et de régulation) ;
- la relation entre les opérateurs (niveau de la mise en œuvre) ;
- la relation entre le niveau de pilotage et de régulation et le niveau de mise en œuvre.

Dans le cadre d'un Contrat local de santé, il est nécessaire de distinguer les signataires et les partenaires. Les signataires, en nombre restreint, sont considérés comme les porteurs du projet et les principaux financeurs. Les partenaires seront quant à eux garants de la réalisation opérationnelle du contrat.

Cartographie des acteurs impliqués dans le Contrat local de santé en Pays de la Loire, territoire du sud-ouest mayennais

Signataires
▸ ARS des Pays de la Loire
▸ Communauté de communes de Saint-Aignan–Renazé
▸ Communauté de communes du pays Craonnais
Partenaires
LES ACTEURS DU TERRITOIRE
▸ Hôpital local
▸ Professionnels du pôle de santé (médecins généralistes, pharmaciens et paramédicaux)
▸ Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
▸ Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
▸ Aide à domicile en milieu rural (ADMR)
▸ Centre hospitalier du Haut-Anjou (CHHA)
▸ Centre local d'information et de coordination (CLIC)
▸ Centre hospitalier de Laval
▸ Conseil général de la Mayenne (CG53)
▸ Centre intercommunal d 'action sociale (CIAS) de Craon
▸ Hospitalisation à domicile (HAD)
▸ Procureur de la république de Laval
▸ Organismes de gestion des mesures de protection des personnes majeures
▸ Services en charge de favoriser l'accessibilité du domicile
▸ Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
▸ Association intervenant auprès des personnes âgées
▸ Assurance maladie obligatoire et complémentaire
LES STRUCTURES DE COORDINATION DE CES ACTEURS
▸ Groupement de coopération sanitaire (GCS)
▸ Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)
▸ Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)
▸ Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins en Mayenne (ADOPS 53)

4.2.3 Une réflexion nécessaire sur le périmètre

L'échelle de la contractualisation est à définir entre les acteurs. L'échelon sera jugé pertinent au regard :
- du type d'opérations à conduire et des possibilités de partenariat ;
- des éléments de diagnostics locaux ;
- de critères de « masse critique » en fonction du nombre d'habitants ou de la superficie du territoire.

4.2.4 La forme contractuelle

Les formes juridiques

La contractualisation peut s'appuyer sur des cadres réglementaires existants, tels que les contrats locaux de santé, ou sur des contrats rédigés *ad hoc*. Hormis la présence nécessaire des collectivités territoriales dans les contrats locaux de santé, ces différentes formes ne présentent pas de différences majeures et le choix ne s'impose pas. Ce dernier doit être effectué au regard des dynamiques locales et des objectifs de l'ARS.

La contractualisation peut s'appuyer sur des cadres réglementaires existants, tels que les contrats locaux de santé, ou sur des contrats rédigés *ad hoc*.

- Le Contrat local de santé (CLS)
  La loi HPST prévoit que la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS) puisse faire l'objet de Contrats locaux de santé conclus entre les ARS et les collectivités territoriales[1]. Ainsi, les Contrats locaux de santé visent à mettre en cohérence la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation du Projet régional de santé et des démarches locales de santé existantes. Ces contrats participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale, etc.). Ils concernent en priorité les territoires particulièrement vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel. Ils peuvent également associer d'autres acteurs de la santé, partenaires et organismes prêts à accompagner les actions (CPAM, CAF, conseils généraux, associations, mutuelles, etc.) créant une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés à partir d'un diagnostic local partagé.

- Un contrat rédigé *ad hoc*
  Un contrat rédigé *ad hoc* pourrait aussi formaliser la relation contractuelle entre les acteurs. Le contrat est passé entre, d'une part, les organisations de tutelle (appelées institutions) et, d'autre part, les structures proposant une offre de services destinée à la population âgée du territoire et à ce titre engagées dans l'amélioration du parcours de santé (appelées acteurs du territoire). Le contrat a donc pour objectif de concrétiser la responsabilité collective de coopérer, afin d'apporter la meilleure réponse possible aux besoins de la population concernée.
  Ce contrat doit au minimum aborder les éléments suivants :
  – Les objectifs,
  – Le périmètre d'application,
  – Le projet de territoire pour les personnes âgées,
  – Les parties concernées et leur rôle,
  – Les modalités de gouvernance,
  – Les ressources humaines et les moyens financiers,
  – La durée,
  – Les conditions de dénonciation et révision du contrat,
  – Les modalités de suivi et évaluation.

1 – Article L. 1434-17 du CSP

La structure d'un contrat

La rédaction du contrat territorial est un temps fort dans la mise en œuvre de l'organisation de la gouvernance et de son suivi, permettant le partage des modalités de suivi du contrat, du rôle et de la tenue des instances de suivi et de décision.

Le contrat présentera *a minima* le contexte (diagnostic territorial, démarches locales de santé sur le territoire, etc.), les signataires et partenaires, le périmètre du contrat, les axes stratégiques, les objectifs opérationnels et les actions proposées. Enfin, il sera essentiel de préciser le dispositif de gouvernance, d'évaluation et de suivi du contrat (indicateurs, régularité, etc.)

La signature du contrat est un moment clé du projet. Elle est un vecteur important d'appropriation du projet et un élément de mobilisation et de communication.

La signature du contrat est un moment clé du projet. Elle est un vecteur important d'appropriation du projet et un élément de mobilisation et de communication.

Plan du CLS en Pays de la Loire, territoire du sud-ouest Mayennais

CONTRAT LOCAL DE SANTE

Entre

Le Président de la communauté de communes de Saint-Aignan – Renazé, Mr Grimault

Le Président de la communauté de communes du Pays Craonnais, Mr Guiard

Et

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, Mme Desaulle

Préambule : Le contexte du CLS de la communauté de commune du Pays Craonnais et la communauté de commune Saint-Aignan – Renazé

1. **Présentation des éléments de diagnostic partagés entre les cosignataires et modalités d'articulation avec les orientations stratégiques du PRS de la région (et les objectifs spécifiques des schémas à venir)**
2. **Présentation de l'historique en matière de démarches locales de santé sur le territoire et modalités d'articulation possibles**

Le contrat Local de Santé de la communauté de commune du Pays Craonnais et la communauté de commune Saint-Aignan – Renazé

Titre 1 : Champ du contrat

Article 1 : Parties signataires

Article 2 : Périmètre géographique du contrat

Article 3 : Prise en compte des éventuelles démarches locales de santé des collectivités territoriales

Article 4 : Partenaires

- 1 -

Titre 2 : Objet du contrat et engagement des signataires

Article 5 : Axes stratégiques, objectifs et actions du contrat

Titre 3 : Durée, suivi et révision du contrat

Article 6 : Durée, administration, suivi et dénonciation du contrat.

Article 7 : Dispositions financières

Article 8 : Révision du contrat

Article 9 : Gouvernance du contrat

Article 10 : Suivi et évaluation du contrat

10.1 Suivi et évaluation de la qualité de la relation contractuelle

10.2 Le suivi trimestriel de la mise en œuvre des actions

10.3 L'évaluation intermédiaire

10.4 L'évaluation finale

- 2 -

Les financements

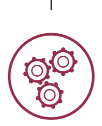
La contractualisation est également un temps de mise en cohérence des moyens financiers. Le contrat doit aborder la question des moyens apportés par les acteurs pour la mise en œuvre des actions. Une cartographie des financements recensant les financements existants et les financements fléchés mobilisables pour la mise en place des actions de la feuille de route est à réaliser. Il est essentiel d'établir un budget pluriannuel du contrat par l'évaluation de l'ensemble des coûts de mise en œuvre des actions ciblées et des financeurs associés.

5

L'ANIMATION TERRITORIALE



Quelles sont les fonctions d'animation autour d'un contrat territorial ?



5.1 - Principe général

L'animation territoriale a pour objectif de renforcer la coordination entre les institutions et les professionnels de différents champs, en tenant compte des dispositifs existants, afin de répondre aux besoins sociaux, sanitaires et médico-sociaux de la population et permettre à chacun d'avoir accès à un service correspondant à ses besoins au moment opportun.

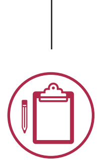
Elle est désormais rendue nécessaire par l'émergence et la diffusion de politiques contractuelles transversales, associant le médico-social jusqu'à l'hospitalisation en passant par l'ambulatoire et la santé publique, ainsi que par la multiplicité des acteurs et compétences que celles-ci font intervenir (élus locaux, autorités de tutelle, institutions et professionnels de santé, établissements et services d'aide à domicile, structures de coordination, organismes de prévention, etc.).

On différencie l'animation territoriale de l'animation d'un contrat territorial, la première étant plus large que la seconde. Cette fiche aborde davantage l'animation d'un contrat, le processus de contractualisation étant primordial dans la mise en place d'un parcours de santé.

Plus spécifiquement, l'objectif de l'animation d'une contractualisation sur un territoire est de :

- renforcer les dynamiques et les synergies locales ;
- favoriser le décloisonnement des différents champs (hospitalier, médico-social, social, santé publique, etc.) et encourager, par ce biais, la construction d'un maillage local autour d'un projet de territoire initié et élaboré par les acteurs eux-mêmes ;
- développer et maintenir la mobilisation des acteurs, parties prenantes, tout au long de la démarche ;
- garantir l'avancement des actions définies dans le contrat territorial et, *in fine*, leur mise en œuvre sur le terrain au bénéfice de la prise en charge de la population ;
- conduire les évaluations intermédiaires, outil d'ajustements progressifs de la mise en œuvre du contrat territorial, permettant de dresser le bilan de sa mise en œuvre (financement, gouvernance, résultats, impacts sur la qualité de la prise en charge de la population et l'organisation des soins sur le territoire, etc.).

La fonction d'animation intervient au cours des phases d'élaboration et de mise en œuvre du contrat territorial.



5.2 - Enseignements

5.2.1 L'animation territoriale, condition fondamentale à la réussite d'une contractualisation

Les expériences de structuration de parcours de santé de personnes âgées ont montré **l'importance de recourir à une fonction d'animation pour conduire un projet de territoire.** Nos recommandations sur la fonction d'animation sont les suivantes :

- **Une fonction distincte de celle de pilotage :** la première est dédiée à l'accompagnement à la mise en œuvre et la coordination des actions, tandis que la seconde recouvre une activité décisionnelle partagée entre les partenaires signataires du contrat territorial ;
- **Une fonction dédiée :** si la fonction d'animation peut être organisée selon différents schémas (interne *vs* externe au contrat) et assurée par différents acteurs (l'ARS siège, l'ARS délégation territoriale, un acteur signataire ou non signataire du contrat, un tiers…), la désignation d'un animateur dédié paraît cruciale parce qu'elle garantit la dynamique continue de la démarche en accompagnant la mise en œuvre des actions du contrat et en maintenant la mobilisation des acteurs ;
- **Une fonction indépendante des parties prenantes au contrat :** la ressource est soit positionnée au sein des organisations signataires du contrat territorial, soit externe. L'animateur territorial est indépendant des acteurs impliqués afin de garantir sa neutralité dans la prise de décisions.

5.2.2 Missions de l'animateur territorial

Les missions de l'animateur évoluent tout au long du processus de contractualisation. Les phases de négociation et de mise en œuvre du contrat englobent une gamme d'activités qui mobilisent des capacités techniques et relationnelles :

- **En phase de contractualisation :**
  - connaissance des méthodes nécessaires à la mise en place de systèmes d'observation, l'analyse de besoins, l'évaluation,
  - capacité d'intégration, non de simple juxtaposition, des actions lors de l'élaboration des projets,
  - faculté de procéder à des ajustements dans un environnement mouvant ;
- **En phase de mise en œuvre :**
  - capacités relationnelles, de communication et d'animation,
  - compétences en gestion de projet,
  - capacité à identifier et créer des synergies.

Les missions confiées à l'animateur du contrat territorial sont formalisées dans une fiche de poste *(cf. infra)* permettant notamment d'asseoir sa position vis-à-vis des acteurs impliqués tout au long de la démarche.



5.3 - Illustrations

5.3.1 Fiche de poste d'un animateur d'un CLS

La fiche de poste ci-dessous précise les missions et les compétences attendues de l'animation d'un CLS.

Description du poste	
Missions	▸ Animer et coordonner le réseau des acteurs et des partenaires du CLS ▸ Conduire les évaluations intermédiaires des projets et actions du CLS ▸ Proposer des ajustements ou une redynamisation de certains projets selon les constatations de terrain ou les évaluations intermédiaires ▸ Effectuer régulièrement un compte rendu de la mise en œuvre du CLS en suivant les indicateurs figurant dans les documents contractuels du CLS ou en proposant d'autres indicateurs ou outils de suivi ▸ Utiliser et diffuser les outils méthodologiques mis en place par le ministère chargé de la santé ou par l'ARS pour une gestion efficiente de la mise en œuvre du CLS ▸ Organiser les réunions nécessaires au fonctionnement du CLS et notamment celles du comité de pilotage et celles des groupes de travail pour le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des actions ▸ Participer aux réunions du Comité stratégique du territoire de santé ; de rendre compte régulièrement à la DT de l'avancée des projets et de la mise en œuvre du CLS ainsi que des leviers ou freins identifiés ou pouvant survenir

Profil du candidat / Compétences requises	
Catégorie d'emploi Niveau de formation	▸ Catégorie A ▸ Cadre technique ou administratif ayant une expérience en gestion et pilotage de projet ▸ Formation de niveau Master 2. Spécialisation en santé publique ou santé communautaire valorisée
Savoir	▸ Connaissance en promotion et éducation pour la santé et en prévention ▸ Connaissance générale des enjeux de santé publique et connaissance spécifique des acteurs locaux de terrain en matière de santé ▸ Connaissance générale des concepts de premier recours, connaissance spécifique des outils de CLS ▸ Connaissance en gestion de projet, notamment en santé
Savoir-faire	▸ Capacité à identifier, encadrer et créer des synergies dans le cadre d'une démarche d'animation territoriale ▸ Capacité à créer, maintenir, entretenir les partenariats et coopérations entre l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire
Savoir-être	▸ Sens du travail en équipe ▸ Capacité à créer du lien et à faire partager ses convictions sur le champ de la santé publique ▸ Sens de la communication et du dialogue ▸ Bonne aisance en public pour animer les réunions

5.3.2 Outils d'animation et de suivi accompagnant la mise en œuvre d'un CLS

Pour assurer le suivi opérationnel des actions prévues dans un CLS et l'animation de la démarche, une boîte à outils doit être initialisée au lancement de la phase de mise en œuvre du contrat. Elle se compose :

- d'un tableau de bord de suivi de la relation contractuelle qui se traduit par deux dispositifs :
  - Un guide explicatif décrivant les éléments indispensables à la bonne tenue des réunions des instances de gouvernance (liste des participants, ordre du jour, éléments nouveaux depuis la dernière rencontre, suivi de la mise en œuvre du projet territorial, etc.).
  - Un fichier opérationnel de type « compte rendu » structuré autour des éléments précités, qui permet de retranscrire de façon uniforme les échanges tenus au cours d'une réunion.

Tableau de bord de suivi de la relation contractuelle

Suivi opérationnel du contrat de territoire			
N°	Date	Durée	Lieu

N°	Nom, Prénom	Organisme	Présent (P) Excusé (E) Absent (A)
Taux de participation			.... %

Ordre du jour de la réunion	
Parties	Descriptif
Eléments nouveaux depuis la dernière rencontre :	
Suivi de la mise en œuvre du projet de territoire :	
Points à faire arbitrer :	
Planification des prochains évènements :	

Points d'avancement par action

Action 1 : Intitulé de l'action		
Réalisations	Passées	
	A venir	
Points à arbitrer		
Actions à entreprendre		

Action 2 : Intitulé de l'action		
Réalisations	Passées	
	A venir	
Points à arbitrer		
Actions à entreprendre		

Relevé de décisions prises par la coordination territoriale	
N°	Décision
1	
2	
#	

Suivi des actions identifiées par la coordination territoriale				
N°	Action	Responsable	Statut Terminée (T) En cours (EC) Non débutée (ND) Abandonnée (A)	Date
1				
2				
#				

Calendrier de la Coordination territoriale				
N°	Date	Durée	Lieu	Statut Tenue (T) Reportée (R) Annulée (A)
1				

- **D'un tableau de suivi des actions d'un CLS du sud-ouest mayennais** visant à réaliser un état trimestriel de l'avancement des actions prévues au contrat.

Ces exemples d'outils sont à disposition en ligne www.anap.fr

Fiche Action N°8

Obj 2.1 "améliorer l'accès des personnes âgées du territoire à l'expertise gériatrique"

Développer le court séjour gériatrique programmé (filière courte) à partir du domicile / EHPAD

Référent : GCS

Date de mise à jour *20/09/2012*

TAUX DE REALISATION
xx %
RESPECT DU CALENDRIER
●
TENDANCE
⇨

RESSOURCES

- Professionnels de santé libéraux du pôle de santé (référent)
- EHPAD CH

LIVRABLES / ECHEANCES	
- Note relative à l'évaluation de la mise en œuvre des procédures existantes	XX/XX/XX
- Procédure d'admission programmée en court séjour au CH	XX/XX/XX

I/ SUIVI DES TRAVAUX

TRAVAUX REALISES	***TRAVAUX A MENER***
Sous-action 1 : Evaluation de la mise en œuvre des procédures déjà existantes	
- Tâche réalisée 1	- Tâche à mener 1
- Tâche réalisée 2	- Tâche à mener 2
Sous-action 2 : Définition des procédures d'admission programmée en court séjour à l'HLSOM et au CH de Château-Gontier	
- Tâche réalisée 1	- Tâche à mener 1
- Tâche réalisée 2	- Tâche à mener 2

II/ SUIVI DES INDICATEURS

	T1	T2	T3	T4	S1	S2	N	Dernière valeur 2012	Dernière valeur 2013	Dernière valeur 2014	Dernière valeur 2015	Dernière valeur 2016
INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE												
-												
INDICATEURS DE RESULTAT												
- Taux d'admission directe en court séjour gériatrique des personnes âgées (HLSOM, CHHA)												

III/ COMMENTAIRES

- Commentaire FA n°8

Tableau de bord de suivi des actions du volet « Parcours de santé des personnes âgées » contrat local de santé

AXE STRATEGIQUE	OBJECTIF OPERATIONNEL	ACTION		NIVEAU D'AVANCEMENT DE L'ACTION				REFERENT
				Taux de réalisation	*Respect de calendrier*	*Tendance*	*Commentaires*	
Axe 1 Créer les conditions favorables à la transversalité et la coordination des acteurs	Objectif 1.2 : Développer les outils de la coordination entre acteurs	FA 3	Développer les modalités d'échanges d'informations autour des personnes âgées	xx %			- Commentaire FA n°3	
		FA 4	Définir les outils et procédure communs d'évaluation gérontologique	xx %			- Commentaire FA n°4	CLIC
		FA 5	Formaliser le lien avec les professionnels hors du territoire	xx %			- Commentaire FA n°5	
Axe 2 Faciliter le recours des personnes âgées aux soins de spécialité	Objectif 2.1 : Améliorer l'accès des personnes âgées du territoire à l'expertise gériatrique	FA 6	Organiser la prise en charge gériatrique à partir de l'évaluation de 1er niveau (*domicile*)	xx %			- Commentaire FA n°6	
		FA 7	Organiser évaluation et expertise gériatrique de 2nd niveau pour les cas complexes	xx %			- Commentaire FA n°7	Pôle de santé
		FA 8	Développer le court séjour gériatrique programmé (*filière courte*) à partir du domicile / EHPAD	xx %			- Commentaire FA n°8	
	Objectif 2.2 : Améliorer l'accès des personnes âgées du territoire aux autres spécialités	FA 9	Mettre en place des consultations avancées	xx %			- Commentaire FA n°9	
		FA 10	Faciliter l'accès aux consultations avancées dans des délais réduits pour les cas complexes	xx %			- Commentaire FA n°10	CH
		FA 11	Développer l'intervention de l'Equipe mobile de soins palliatifs en EHPAD	xx %			- Commentaire FA n°11	
Axe 3 Faciliter le recours aux alternatives à l'hospitalisation	Objectif 3.1 : Développer l'accès direct en SSR	FA 12	Clarifier la procédure d'admission directe en SSR à l'hôpital local	xx %			- Commentaire FA n°12	
		FA 13	Définir les objectifs et missions du SSR à l'hôpital local	xx %			- Commentaire FA n°13	Hôpital Local
		FA 14	Mener une réflexion sur l'équilibre des lits médecines SSR à l'Hôpital local	xx %			- Commentaire FA n°14	
	Objectif 3.2 : Favoriser le maintien à domicile	FA 15	Mener une activité de surveillance - vigilance des personnes âgées à domicile	xx %			- Commentaire FA n°15	
		FA 16	Faciliter le maintien des personnes âgées en fin de vie à domicile	xx %			- Commentaire FA n°16	Collectivités territoriales
		FA 17	Réaliser des actions de prévention (*nutrition, chute*) à destination des personnes âgées et leurs aidants	xx %			- Commentaire FA n°17	
		FA 18	Améliorer le suivi médical en EHPAD	xx %			- Commentaire FA n°18	
	Objectif 3.3 : Encourager le recours à des structures alternatives	FA 19	Améliorer l'accessibilité des structures (*information aux professionnels, personnes âgées et aidants*)	xx %			- Commentaire FA n°19	
		FA 20	Etudier la faisabilité d'une gestion centralisée et mutualisée des places alternatives	xx %			- Commentaire FA n°20	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
		FA 21	Etudier la faisabilité de l'instauration de places d'accueil de nuit	xx %			- Commentaire FA n°21	

- **D'une note type de suivi d'un CLS** élaborée par l'animateur du CLS, à un rythme semestriel, afin notamment de réaliser un état d'avancement de la mise en œuvre des actions, d'identifier les éventuelles difficultés rencontrées nécessitant un arbitrage des acteurs décisionnaires.

Note de suivi d'un CLS

Agence Régionale de Santé

Mise en œuvre du Contrat Local - Note de suivi type du Contrat Local

PRESENTATION DU DOCUMENT

Le Contrat Local a pour objectif de prévenir le recours aux soins non programmés et aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans du territoire et a été élaboré avec l'ensemble des acteurs locaux du territoire.
A compter de sa signature date, les 21 actions prévues au Contrat seront mises en œuvre sur une durée de cinq ans par les acteurs locaux (ARS, CG, hôpital local, Professionnels de santé, EHPAD, SSIAD, CLIC, …), sous le pilotage de l'animateur du Contrat.
Afin d'accompagner la mise en œuvre du Contrat, sont mis à la disposition de l'animateur les outils d'animation et de suivi suivants dont une Note de suivi du Contrat type.

Le présent document constitue ainsi **une proposition de note de suivi type du Contrat**. Celle-ci, élaborée par l'animateur du Contrat à un rythme semestriel, a notamment pour objectifs de :

- Réaliser un état d'avancement synthétique de la mise en œuvre des actions ;
- Identifier les éventuelles difficultés rencontrées (et alertes) nécessitant un arbitrage des acteurs décisionnaires ;
- Lever les points de blocage et mettre en œuvre des actions facilitantes.

Elle est notamment adressée aux acteurs signataires du Contrat.

Objet de la note

La présente note dresse un état d'avancement des travaux réalisés dans le cadre de la mise en œuvre du Contrat.
A destination notamment des acteurs signataires du Contrat, cette note vise à :

- Informer les acteurs susvisés de l'avancement des actions prévues au Contrat ;
- Réaliser un suivi de la relation contractuelle (Comité stratégique, Comité d'intégration, …) ;
- Suivre l'évolution de la consommation des crédits mobilisés dans le cadre du Contrat ;
- Suivre les résultats intermédiaires des actions du Contrat.

Cette note a été établie sur la base des tableaux de bord de suivi des actions et de la relation contractuelle et des indicateurs de résultats des actions.

1. FAITS MARQUANTS DE LA PERIODE

Ce point présente les faits marquants intervenus depuis la précédente note de suivi du Contrat afin d'apporter aux acteurs décisionnaires un éclairage synthétique sur le déroulement de sa mise en œuvre. Il précise notamment :

- Les principaux travaux menés sur la période ;
- Les livrables élaborés par les groupes de travail au cours de la période ;
- Les éventuelles difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des actions ;
- Les points d'attention que l'animateur du Contrat souhaite porter à la connaissance des acteurs décisionnaires (retard dans le calendrier de mise en œuvre, défaut de mobilisation des acteurs du territoire, besoins en moyens humains et financiers,…).

Pour élaborer ce point, l'animateur pourra exploiter les informations contenues dans le tableau de suivi des actions, celui de la relation contractuelle, les comptes-rendus des groupes de travail, ainsi que tout autre document élaboré dans le cadre de la mise en œuvre du Contrat contenant les informations susvisées.

2. POINT SUR L'AVANCEMENT DU CONTRAT

2.1 Suivi des actions

Ce point décrit l'avancement des actions menées par les acteurs du territoire dans le cadre de la mise en œuvre du Contrat. Pour chaque action du Contrat, sont notamment reprises les informations suivantes :

- Le taux de réalisation de l'action (*sous la forme d'un pourcentage de réalisation*) ;
- Le respect du calendrier de sa mise en œuvre ;
- La tendance d'évolution de sa mise en œuvre ;
- Les éventuels freins rencontrés.

Pour élaborer ce point, l'animateur du Contrat pourra exploiter les informations contenues dans le tableau de suivi des actions, notamment l'onglet de synthèse qui reprend pour partie les informations ci-dessus.

1

Note de suivi type du Contrat Local de Santé

2.2 Suivi de la relation contractuelle

Ce point recense les réunions des instances de gouvernance du Contrat tenues au cours de l'année (comités stratégiques, comités d'intégration et groupes de travail de chaque action). Il indique également le niveau de mobilisation des acteurs du territoire à ces instances.

INSTANCE	OBJET / ACTION	DATE DES REUNIONS	TAUX MOYEN PARTICIPATION
Comité stratégique	*[Préciser l'objet des réunions du comité stratégique]*		
Comité d'intégration	*[Préciser l'objet des réunions du comité d'intégration]*		
Groupes de travail par objectif opérationnel	1. Structurer la gouvernance du territoire et soutenir les dynamiques locales		
	2. Développer outils de la coordination entre acteurs		
	3. Améliorer l'accès des PA à l'expertise gériatrique		
	4. Améliorer l'accès des PA aux autres spécialités		
	5. Développer l'accès direct en SSR		
	6. Favoriser le maintien à domicile		
	7. Encourager le recours à des structures alternatives		

Pour élaborer ce point, l'animateur du Contrat pourra exploiter les informations contenues dans le tableau de suivi de la relation contractuelle.

2.3 Suivi de la consommation des crédits mobilisés

Ce point vise à suivre la consommation des crédits mobilisés pour le financement des actions du Contrat. Pour ce faire, le tableau ci-dessous recense pour chaque action :

- Les financements consommés à date ;
- Les financements disponibles ;
- L'origine des fonds (PLFSS–Expérimentation de l'article 70, ENMR, ARS, Collectivités territoriales).

ACTION PAR OBJECTIF OPERATIONNEL	OBJET	SUIVI DE LA CONSOMMATION DES CREDITS			ORIGINE DES FONDS
		Crédits prévu	***Crédits consommés***	***Crédits restant***	
1. Structurer la gouvernance du territoire et soutenir les dynamiques locales					
2. Développer outils de la coordination entre acteurs					
3. Améliorer l'accès des PA à l'expertise gériatrique					
4. Améliorer l'accès des PA aux autres spécialités					
5. Développer l'accès direct en SSR					
6. Favoriser le maintien à domicile					
7. Encourager le recours à des structures alternatives					

3. RÉSULTATS INTERMEDIAIRES DES ACTIONS DU CONTRAT

Ce point présente les résultats intermédiaires obtenus suite à la mise en œuvre des actions prévues au Contrat. Il contiendra ainsi les indicateurs de résultats définis lors de l'élaboration du Contrat (lesquels sont précisés dans l'onglet « résultats » du tableau de suivi des actions).

4. ARBITRAGES ATTENDUS

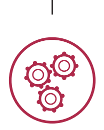
En lien avec les points d'attention décrits au point 2 « faits marquants de la période » de la présente note de suivi du Contrat, l'animateur précise ici les éventuels arbitrages attendus des acteurs décisionnaires du Contrat (ARS, Communautés de communes).

2





Comment anticiper les méthodes et outils d'évaluation ?



6.1 - Principe général

Évaluer, c'est apprécier les résultats de l'allocation de ressources, de la mise en œuvre d'un programme, d'une activité, d'une intervention au regard des impacts et résultats attendus. Cette appréciation est fondée sur des critères et des normes (évaluation normative) ou se construit à partir d'un processus d'enquête (étude d'évaluation).

L'évaluation est un processus continu et objectivé visant à corriger et à améliorer les actions mises en œuvre afin d'accroître la pertinence, l'efficience et l'efficacité du programme d'intervention.

Les objectifs de l'évaluation sont les suivants :
- Aider à la planification et à la réalisation d'un programme (objectif stratégique).
- Fournir des informations pour améliorer ou modifier la gestion du programme (objectif d'apprentissage).
- Déterminer les résultats et l'impact du programme d'intervention (objectif opérationnel).
- Contribuer au développement de la connaissance et à la compréhension du système (objectif principal).

Dans le cadre de la démarche d'évaluation du dispositif du parcours de santé dans un territoire, la première question à aborder est l'objet de l'évaluation. Cette question revêt un double caractère : d'une part, l'organisation territoriale du programme de parcours de santé (gouvernance et animation), et d'autre part, l'impact sur la population (efficacité de mise en œuvre, résultats sur la santé et utilisation des services). Sur ces deux objets, l'évaluation doit s'interroger sur le processus et sur les résultats.

Des exemples de documents de suivi et d'évaluations sont disponibles en ligne sur www.anap.fr

Illustration : synthèse du cadre d'évaluation du programme de parcours

	Typologie d'évaluation	
Objet de l'évaluation	**Processus**	**Résultats**
Organisation territoriale	Animation du territoire	Gouvernance
Impact populationnel	Mise en œuvre du programme	Résultats sur la santé et l'utilisation des services

Cette démarche d'évaluation suit deux logiques temporelles :

- **Une évaluation régulière de la mise en œuvre opérationnelle** de chaque action proposée dans le programme de parcours de santé territoriale, ainsi que du dispositif d'animation territoriale (voir fiche Programme et animation - n° 2).
- **Une évaluation annuelle** sous forme de bilan de mise en œuvre, proposant une analyse du programme et du dispositif de gouvernance dans sa globalité (voir fiche Gouvernance - n° 3).



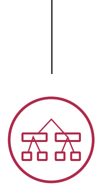
6.2 - Enseignements

6.2.1 Étapes de l'évaluation de l'impact du programme de parcours

Afin d'évaluer l'impact du programme, il est recommandé d'utiliser une démarche d'évaluation à l'aide d'indicateurs.

Afin d'évaluer l'impact du programme, il est recommandé d'utiliser une démarche d'évaluation à l'aide d'indicateurs. Elle permettra d'assurer à la fois un suivi régulier et un bilan annuel. Pour cela, il est recommandé :

- de définir les domaines ou les sujets concernés par l'évaluation. À titre d'exemple, ceux-ci peuvent être : la qualité de vie, la consommation de soins, la coordination, la morbi-mortalité, l'accessibilité, etc.
- pour chaque domaine d'évaluation, d'identifier un nombre limité d'indicateurs pertinents (de 4 à 5) ;
- de valider la disponibilité des indicateurs proposés : Quelles sont les sources de données pour produire l'indicateur ? Sont-elles accessibles ? Faut-il faire des requêtes *ad hoc* ? Quelle est la fréquence de disponibilité des données (jour, semaine, mois, an, etc.) ? ;
- de construire un outil (de type tableau de bord) pour produire et renseigner les indicateurs proposés à partir des données disponibles, et assigner un responsable pour garantir la production du tableau de bord en routine et son suivi ;
- de mesurer les indicateurs retenus à un instant T0 défini comme le commencement du programme, c'est-à-dire avant le début des activités prévues dans le programme de parcours. Cette étape est critique car elle permettra de fixer le seuil de départ des indicateurs et d'apprécier leur évolution en fonction du rythme de déploiement du programme ;
- d'adopter un regard objectif et indépendant dans l'analyse des résultats des indicateurs, et s'interroger sur les causes de ses résultats.



6.3 - Illustrations

6.3.1 Exemple d'indicateurs de résultat d'un programme d'amélioration du parcours de santé des personnes âgées

27 indicateurs de résultat organisés en 6 axes

Dans cet exemple, 27 indicateurs de résultat permettent d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs du projet de territoire. Ces indicateurs sont organisés autour de 6 axes :

1. Un « bien vieillir » accru
2. Une accessibilité aux services maximisée
3. Un continuum de services renforcé
4. Des patients et aidants informés et éduqués
5. Des équipes de soins et d'accompagnement informées et coordonnées
6. Une gouvernance efficace et porteuse de sens.

À chaque indicateur sont associés un libellé, une description, son périmètre de calcul, sa fréquence de production (mensuelle, trimestrielle ou annuelle) et l'identification des sources de données à utiliser.

Exemple d'indicateurs utilisés dans le cadre du programme de territoire nord-est parisien

Dimension	Libellé	Description	Périmètres	Fréquence	Type de source	Source
Accessibilité	Part des hospitalisations directes en provenance du domicile	Nombre d'admissions à l'unité de gériatrie aiguë sans passage par les urgences / Nombre total des admissions à l'unité de gériatrie aiguë*100	Admissions à l'unité de gériatrie aiguë pour les patients de 75 ans et plus vivant à domicile dans le 9e, 10e ou 19e arrondissement	Mensuelle	Base de données	GH
Continuum	File active des cas complexes	Nombre de personnes repérées comme cas complexes et prises en charge par un gestionnaire de cas	Gestion de cas	Mensuelle	Base de données	Référent programme de gestion des maladies chroniques
Patients et aidants	Nombre de participants aux programmes	Par programme Par profil : patient ou aidant	Programme de prévention bucco-dentaire Programme sur les anticoagulants Programme de gestion des maladies chroniques	Mensuelle	Audit	Centrale d'inscriptions
Équipe	Fréquence des actions de communication sur le projet de territoire	-	Information auprès des professionnels en lien avec le projet de territoire et/ou les actions	Trimestrielle	-	Référent programme
Gouvernance	Fréquence des rencontres territoriales	Ne comptabiliser que les réunions qui se sont effectivement tenues avec le quorum de participants	Coordination territoriale	Trimestrielle	Audit	Animateur territorial
Consommation	Recours aux urgences	Nombre de patients de 75 ans et plus arrivant aux urgences avec une crise d'insuffisance cardiaque	Patients inclus dans programme de gestion des maladies chroniques	Semestrielle	Base de données	GH

Dans le cadre d'un suivi des indicateurs pour l'évaluation du programme, il est nécessaire d'intégrer pour chacun sa donnée cible ainsi que sa valeur initiale.

Glossaire

Sigle	Libellé
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAF	Caisse d'allocation familiale
CG	Conseil général
CLIC	Comité local d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DMP	Dossier médical personnel
DT	Délégation territoriale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
FIR	Fond d'Intervention Régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
INSEE	Institut National de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MCO	Médecine - Chirurgie - Obstétrique
MSP	Maison de santé pluri professionnelle
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Programme régional de santé
SNIIRAM	Système national d'informations inter régions d'assurance maladie
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
URPS	Union Régionale des Professionnels de santé

Remerciements

L'ANAP tient à remercier vivement les ARS Pays de la Loire et Île-de-France ainsi que tous les acteurs des territoires du sud-ouest mayennais et des 9e, 10e et 19e arrondissements parisiens pour leur engagement et leur contribution.

Nos remerciements vont également aux sociétés de conseil EQR management et Antares Consulting qui nous ont accompagnés tout au long du projet.



Mentions légales



Conception : Content Design Lab - Décembre 2013
Réalisation : Planet 7
Secrétaire de rédaction : Fanny LENTZ
Crédit photos : ANAP
Imprimé par ACI sur du papier PEFC

Cette publication vise à présenter les grandes étapes de construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées. Rédigée pour les Agences régionales de santé, organisatrices et pilotes des actions de santé sur les territoires, elle s'adresse également à tous les acteurs de terrain qu'ils soient principalement acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux.

Issu des retours d'expérience des accompagnements que l'ANAP a effectués auprès des ARS Pays de la Loire et Île-de-France depuis 2011, ce document est constitué de fiches thématiques.



Retrouvez les publications de l'ANAP sur www.anap.fr
et suivez l'ANAP sur twitter @anap_sante

Agence Nationale d'Appui à la Performance
des établissements de santé et médico-sociaux

23, avenue d'Italie - 75013 Paris
01 57 27 12 00 - contact@anap.fr

